

*Naar aanleiding van
het online congres
psychiatrie in de
gehandicaptenzorg
27 mei 2021*

(H)erkennen van psychiatrische problematiek bij mensen met een verstandelijke beperking



Amerpoort

de Borg 

 centrum voor
consultatie en
expertise

LANDELIJK
KENNISCENTRUM LVB 


's Heeren Loo

 Sherpa

 vgn
vereniging
gehandicaptenzorg
nederland

Meer aandacht voor psychiatrische aandoeningen

Wie had dat kunnen bedenken? Dat het idee van twee jaar geleden om meer aandacht te organiseren voor psychiatrische aandoeningen in de gehandicaptenzorg, zou leiden tot meer dan duizend belangstellenden voor een online congres? Wij, de kartrekkers vanuit VGN, Amerpoort, Sherpa, 's Heeren Loo, het CCE, Expertisecentrum De Borg en het Landelijk Kenniscentrum LVB in ieder geval niet!

Dat er zoveel mensen helaas teleurgesteld werden doordat het ondersteunende platform zoveel deelnemers niet kon trekken: helaas! We hopen dat met het [verslag](#) van de bijeenkomst op de website van de VGN én dit e-magazine, meer mensen dan de deelnemers alleen, geïnspireerd raken.

Minimaal één op de vier mensen met een verstandelijke beperking (in de volle breedte) heeft tevens psychiatrische problemen. De wens om de kwaliteit van leven van ook deze cliënten te verbeteren, blijkt breed gedeeld te worden. Maar,

- Hoe herkennen we bijvoorbeeld een depressie, PTSS of psychose?
- Hoe gaan we hiermee om?
- Hoe onderscheiden we probleemgedrag van deze psychiatrische aandoeningen?
- Hoe organiseren we de juiste vorm van behandeling en begeleiding?
- Hoe vinden GGZ en gehandicaptenzorg elkaar?
- Zijn er aansprekende voorbeelden van deze integrale zorg?

Het werk in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is bepaald niet eenvoudig. Alles staat en valt met het organiseren van een goede dagstructuur, werk en/of dagbesteding, goede begeleiders met hart voor deze doelgroep. Een huis bouwen op drijfzand, dat werkt niet! En als naast de verstandelijke beperking ook psychiatrische problemen aan de orde zijn, blijkt er inmiddels al op heel wat plaatsen binnen de gehandicaptenzorg deskundigheid voorhanden om de juiste behandeling te kunnen bieden. En om begeleiders te ondersteunen om deze kennis toe te passen in de dagelijkse begeleiding.

Duidelijk werd ook dat binnen de GGZ veel mensen worden behandeld die een verstandelijke beperking hebben. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de kennis en kunde van de gehandicaptenzorg over het ondersteunen van deze doelgroep, de ontwikkelingen binnen de GGZ versterkt? Voorlopig blijft er dus nog genoeg te doen.

In dit e-magazine staan de bijdragen van de sprekers op het congres: over de inhoudelijke presentaties of de samenwerkingsvormen tussen VG-zorg en GGZ die er al zijn.

AnnePauline Cohen
Psychiater Amerpoort/Sherpa

Juli, 2021





- 4** **Casus Kim: Wie is er vandaag voor mij?**
Henri Koelewijn (orthopedagoog Amerpoort) en
Rien Klarenbeek (gedragsdeskundige Amerpoort)

- 7** **Probleemgedrag of psychiatrische ziekte?**
Erik Boot (arts voor verstandelijk gehandicapten
's Heeren Loo)

- 8** **Iedereen hoort erbij!**
Samenwerken in de zorg voor mensen met LVB+
Pieta van Dishoeck (klinisch psycholoog Lievegoed
GGZ) en Marleen Steeneken (orthopedagoog-
generalist Lievegoed)

- 10** **'Geniet, maar drink/rook/snuif met mate(n)'**
Marion Kiewik - de Vries (orthopedagoog
generalist De Twentse Zorgcentra)

- 12** **Bruggen bouwen op het kruispunt van
VG en GGZ-zorg**
Wendy Fokker (GZ-psycholoog Stichting Prisma)
en Hanneke van Turnhout (sociaal-psychiatrische
verpleegkundige Stichting Prisma)

- 14** **Centrum voor Verstandelijke Beperking en
Psychiatrie (GGZ Drenthe) in samenwerking
met instellingen voor gehandicaptenzorg**
Shanna Visser (orthopedagoog-generalist
en behandelcoördinator Centrum Verstandelijke
Beperking en Psychiatrie)

- 16** **PTSS bij mensen met
een ernstige verstandelijke beperking**
Annemieke Hoogstad (GZ-psycholoog Amerpoort)
en Astrid de Wit (orthopedagoog Sherpa)

- 18** **Angst- en stemmingsstoornissen bij mensen
met een verstandelijke beperking**
Carmen van Bussel (orthopedagoog en
GZ-psycholoog KijkOmkering)

- 20** **Samenwerking ORO en GGZ Oost Brabant**
Johan Engels (sociaal psychiatrisch verpleegkundige
ORO) en Jannie van der Doelen (sociaal psychiatrisch
verpleegkundige GGZ Oost Brabant)

- 22** **ARGOS: handvatten voor het werken met
cliënten met een hechtingsstoornis**
Henri Koelewijn (orthopedagoog bij Amerpoort) en
Matthijs Heijstek (orthopedagoog-generalist en
onderzoeker bij Zozijn en de Universiteit Utrecht)

- 24** **Pikzwarte gedachte,
over suïcide en suïcidepreventie**
Teunis van den Hazel (klinisch psycholoog
en psychotherapeut Trajectum)

- 28** **Psychose, of toch wat anders?**
Rens Evers (psychiater Koraal Consultatie Team)

- 30** **Verbetering van de kennisinfrastructuur in
de zorg voor mensen met psychiatrische
problematiek die verblijven in een VG-instelling**
Ankie Lempens (senior projectmedewerker) en
Michel Planije (wetenschappelijk medewerker)
beiden werkzaam bij Zorg & Participatie Trimbos

- 31** **Nawoord**

*Henri Koelewijn
(orthopedagoog
Amerpoort) en
Rien Klarenbeek
(gedragsdeskundige
Amerpoort)*

De casus Kim is een voorbeeld van hoe psychiatrische kennis van betekenis kan zijn bij een ingewikkeld leven als dat van Kim. Samenwerking met ouders, het team van begeleiders, therapeuten en de psychiater stond centraal bij het herstel van kwaliteit van leven. Tijdens het congres is het verhaal van Kim gedeeld. Kim en haar ouders hebben al een lang traject in de zorgverlening achter de rug.

Om privacyredenen is de naam Kim gefingeerd, Kim is dan ook niet gefotografeerd.

Wie is er vandaag voor mij?

CASUS KIM

Kim is op de jonge leeftijd van 17 maanden geadopteerd. Ze ontwikkelt zich anders dan andere kinderen. Na een lange zoektocht van de ouders wordt naast een verstandelijke beperking ook een reactieve hechtingsstoornis, een emotieregulatiestoornis en een taalspraakstoornis gediagnosticeerd. Vanwege toenemende gedragsproblematiek en vooral moeilijke nachten, besluiten de ouders dat hun dochter niet meer thuis kan wonen.

Aanvankelijk woont ze twee jaar op een VG-afdeling (verstandelijk gehandicaptenzorg) waar expertise op het gebied van hechtingstoornis moet worden ingekocht. Na een aantal jaren komt ze bij Amerpoort wonen, en de ouders blijven nauw betrokken. Zij blijven hun dochter vier keer per week bezoeken en ze komt regelmatig thuis.

Kim is door haar hechtingsstoornis gevoelig voor stress en veranderingen. Kim is voortdurend bezig met de vraag of de wereld veilig is voor haar. Ze is constant hoogalert en volgt alles wat er gebeurt. Onduidelijkheden moeten steeds worden opgelost. De belangrijkste vraag is: Wie is er vandaag voor mij? Iedere dag weer kijkt ze op het fotobord. Komt er vandaag een vertrouwde begeleider? In het multidisciplinair behandelteam speelt de vraag wat Kim nodig heeft om weer ontspannen te functioneren. Er zijn veel agressie-incidenten geweest. Begeleiders kennen de ontspannen Kim van de beginperiode niet meer terug. Ze vermijdt contact of ze valt begeleiders

juist aan. Naast fysieke agressie vertoont ze ook verbale agressie.

Therapie

Vanaf maart 2017 wordt integratieve therapie bij gehechtheid en gedrag (ITGG) ingezet. Deze therapie wordt gedurende anderhalf jaar twee keer per week geboden door een vaste therapeut en bestaat uit drie fases:

- De fase van gehechtheidstherapie, bestaande uit contact maken, symbiose opbouwen en individuatie stimuleren.
- De fase van gedragstherapie, in het geval van Kim gericht op het hanteren van stressmomenten.
- De generalisatiefase, waarbij nieuw aangeleerd gedrag vertaald wordt naar het dagelijks functioneren en de begeleiding.

'Tijdens spel kwamen we tot een zekere cadans. Er was niet veel informatie nodig om tot spel te komen en in contact te blijven. De communicatie ging dikwijls

over op gevoelsniveau. We voelen elkaar steeds meer aan in tempo, afstand en beurtname. We zijn samen gericht op het spel wat we spelen. In het begin van deze therapiefase lukte het niet de spanning binnen de spelkamer te herstellen. Wanneer de spanning te veel werd voor Kim, deelde ze gedecideerd mee dat ik naar huis moest. Enkele keren leidde dit tot boosheid en agressie. Ze vloog me aan, maar liet zich tegelijk vasthouden. De eerste keren was daarmee de sessie beëindigd. Later kon ze vertellen waar ze boos over was. Het spel wordt steeds meer als reflectiemoment gebruikt. Kim laat gebeurtenissen uit haar leefwereld tijdens het spel terugkomen. Ze ordent de informatie, verwerkt het en reguleert hiermee haar stress over onderwerpen die onduidelijk, nieuw of spannend zijn.'

Ontwikkeling

Er is in deze therapieperiode een ontwikkeling bij Kim te zien. Ze laat binnen de therapie meer gehechtheidsgedrag zien, dat wil zeggen dat we gezamenlijk aandacht hebben voor haar belevingswereld (shared attention), ze deelt wat er bij haar speelt, vraagt verduidelijking, neemt initiatief tot spel, laat zich bij de hand nemen, betreft anderen bij haar spel, laat emoties zien en benoemt ze, zoekt steun bij stress en kan tijdens het contact herstellen. Eerst nog met ondersteuning en ondertiteling van de volwassene, maar na verloop van tijd werd het minder spannend als iemand iets anders wilde of vond dan zij.

De gevolgen van corona

In 2020 gaat het als gevolg van corona, het wegvallen van school en het vertrek van vertrouwde begeleiders, slechter met Kim. De incidenten waarbij ze de controle over zichzelf verliest nemen toe. Dit mondt in november van dat jaar uit in een traumatische gebeurtenis waarbij Kim haar moeder onwillekeurig een kopstoot geeft. Kim raakt als gevolg hiervan in een catatonie toestand. De arts en psychiater constateren PTSS. Kim laat continu angst, onrust en verdriet zien. Slapen lukt de eerste dagen niet en vervolgens moeilijk. Er wordt dag en nacht één op één begeleiding aangeboden. Haar kamer wordt prikkelarm gemaakt. Haar dagprogramma wordt aangepast. Kim gaat niet meer naar school. Het is een zware periode voor Kim, haar ouders, medebewoners en begeleiders. Er wordt ingezet op traumabehandeling EMDR. Met behulp van de verhalenmethode daalt de spanning rond het incident

tijdens de EMDR-sessies snel, en in januari kantelt het beeld. Langzaam wordt de weg omhoog weer gevonden. Een tegenvaller was dat er in maart corona in de woning kwam. Kim moet in kamerisolatie en drie weken in quarantaine. Daarna moeten we vele stappen terug in het opbouwplan om weer naar school te gaan. Ook dat ligt nu achter ons. We zijn opnieuw begonnen. Langzaam bouwen we op naar herstel.

Samenwerken

Deze casus is een verhaal van vallen en opstaan. En van mensen om haar heen die niet opgeven en samenwerken. Een intensieve samenwerking met ouders, begeleiders en het multidisciplinaire team, zal nodig blijven om Kim een goed leven te geven. Een stabiele leefomgeving is een noodzakelijke voorwaarde. De psychiatrische invalshoek is hierbij ook van belang.

Erik Boot (arts voor verstandelijk gehandicapten 's Heeren Loo)

Probleemgedrag of psychiatrische ziekte?

Onderdiagnostiek

Bij mensen met een verstandelijke beperking komt probleemgedrag, ongewenst gedrag dat nadelig, stressvol of schadelijk is voor de persoon zelf en/of de naaste omgeving (Multidisciplinaire Richtlijn Probleemgedrag) veel voor. Om cliënten goed te kunnen ondersteunen is het belangrijk om te onderzoeken wat de onderliggende oorzaak van dit gedrag is. Is er sprake van een belemmering in de communicatie, een stressor, zoals een wijziging in het dagprogramma of groepsleiding, of is er een lichamelijke of psychiatrische aandoening? Terwijl psychiatrische ziekten zoals een depressie, psychose of trauma heel veel voorkomen bij mensen met een verstandelijke beperking, blijkt dat ze bij hen niet altijd worden herkend; in zo'n 30% blijkt uit onderzoek. Als gevolg hiervan worden cliënten daarom niet, onvoldoende, of verkeerd behandeld met negatieve gevolgen op de kwaliteit van leven.



Bij ongeveer 30% van de mensen met een verstandelijke beperking worden psychiatrische aandoeningen niet herkend

Overlap in oorzaken

De geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg zijn twee grotendeels gescheiden werelden. Dat is eigenlijk gek, want als je kijkt naar oorzaken is het niet zo vreemd dat mensen met een verstandelijke beperking vaak psychiatrische aandoeningen hebben en omgekeerd. Bij beiden spelen genetische factoren een grote rol. Bij steeds meer mensen worden genetische varianten gevonden met een sterk verhoogde kans op zowel een verstandelijke beperking, als psychiatrische ziekten. Overigens weten we ook steeds meer over de consequenties op het beloop en aandachtspunten voor de begeleiding en behandeling.

Herkennen van psychiatrische ziekten

Maar hoe herken je nu of er bij iemand sprake is van een psychiatrische ziekte? Cruciaal hiervoor is kennis over de persoon, inclusief zijn/haar voorgeschiedenis. Hoe was de persoon als kind? Heeft iemand ooit eerder een psychisch probleem gehad? Zijn er bijzondere gebeurtenissen geweest, zoals het meemaken van een trauma? Is er een verandering opgetreden in gedrag, functioneren, stemming, eetlust of motoriek? Zeker omdat mensen met een verstandelijke beperking zelf niet altijd hun levensverhaal goed kunnen vertellen en er doorgaans veel wijzigingen van begeleiding zijn, is het belangrijk om dit goed voor hun bij te houden op de verschillende domeinen.

En meest belangrijk... Psychiatrische ziekten zijn veelal goed te behandelen!

*Pieta van Dishoeck (klinisch psycholoog Lievegoed GGZ) en
Marleen Steeneken (orthopedagoog-generalist Lievegoed)*

Iedereen hoort erbij!



SAMENWERKEN IN DE ZORG VOOR MENSEN MET LVB+

Pieta van Dishoeck en Marleen Steeneken specialiseerden zich de afgelopen jaren in toenemende mate in de zorg voor mensen met een combinatie van klachten (LVB, psychiatrie en/of verslaving). Het gaat om mensen die behoefte hebben aan een langdurige ondersteuningsrelatie, kennis van specialistische GGZ en ontschotting van de financierings- en hulpverleningsstromingen (GGZ-Wmo-Wlz). Hiervoor zijn we teruggegaan naar de kracht van de antroposofische zorg; de therapeutische werkgemeenschap.

Positieve Gezondheid

Kenmerkend voor mensen met langdurige psychiatrische klachten is dat deze zichzelf, om verschillende redenen, uitsluiten van de samenleving en/of door deze samenleving worden uitgestoten. Het draait in de antroposofische zorg in de eerste plaats om hoe mensen weer mee kunnen doen in plaats van dat de focus is gericht op het behandelen van klachten/symptomen. Belangrijke pijlers in onze zorg zijn het beschouwen van de mens als geheel, de gemeenschap, een helende omgeving, zingeving en spiritualiteit, natuur, kunst en cultuur. Dit sluit goed aan bij het concept van de Positieve Gezondheid, waarbij het accent bij behandeling niet op de ziekte ligt, maar op de mensen zelf, hun veerkracht en wat hun leven betekenisvol maakt.

Maatwerkplekken

In Haarlem is de laatste jaren een caring community ontwikkeld waarin mensen van verschillende doelgroepen (en vanuit verschillende financieringsstromen) met elkaar een gemeenschap vormen waarin ze weer in verbinding kunnen komen met anderen en zingeving kunnen ervaren. Mocht iemands beperking het herstel in de weg staan, dan pas wordt er ingezet op behandeling om meedoen te kunnen faciliteren. Ook in Bilthoven en Wageningen kunnen mensen met een LVB en psychiatrische en/of verslavingsproblematiek wonen en werken en wordt behandeling geboden. Dit jaar breidt de locatie in Bilthoven verder uit. Er zijn zes maatwerkplekken in het kader van het project Volwaardig Leven van VWS. Op deze locaties werken professionals uit de gehandicaptenzorg en GGZ dichtbij elkaar en nauw samen. Veel cliënten zijn al op veel verschillende woon- en behandelplekken geweest en hebben hierdoor veel faalervaringen opgedaan en onrust ervaren. We merken dat het voor cliënten belangrijk is dat ze langdurig op een plek kunnen verblijven en er samenwerking en ondersteuning is op alle levensgebieden. Wanneer het minder goed gaat komt de behandeling naar hen toe, in plaats van dat weer een opname volgt.

Een gemeenschap met ondersteuning

Voor deze mensen is het prettig dat zij op een locatie wonen met andere mensen met een LVB en op hun werk mensen tegenkomen die dagbehandeling volgen bij de GGZ. Zij vormen met elkaar een gemeenschap. Ondertussen zijn de voorwaarden voor intensieve zorg aanwezig, welke nodig zijn om ook bij een toename van psychiatrische klachten voldoende ondersteuning te bieden. Denk aan een beschermde woonsetting, intensieve 24-uurszorg, een wakende nachtdienst en behandelaars uit de VG en GGZ. We kennen ook zeker nog uitdagingen. Zo is een belangrijke succesfactor de groeps-samenstelling gebleken. Daarnaast vraagt de afstemming tussen de verschillende disciplines (VG en GGZ) nog steeds veel aandacht. Verschillende systemen en regelgeving zijn daarbij beslist niet helpend. Door frequent overleg en een goede afstemming van werkprocessen vinden we hier steeds beter onze weg in, zodat iedereen de juiste zorg kan ontvangen, mee kan doen en erbij kan horen!

Marion Kiewik - de Vries (orthopedagoog generalist De Twentse Zorgcentra)

'Geniet, maar drink/rook/ snuif met mate(n)'

Tijdens het congres ging Marion Kiewik - de Vries in een van de deelsessies in op het onderwerp verslaving. Journalist Mariët Ebbinge was bij deze sessie aanwezig en schreef onderstaand artikel voor [Klik](#), Kenniscentrum verstandelijk gehandicaptenzorg. Klik bestaat 50 jaar in 2021 en organiseert een jubileumcongres op 1 oktober.

Bij mensen die verslaafd zijn helpt het niet om het gebruik te verbieden. 'Verslaving is een hersenziekte. Veranderen is daarom heel moeilijk.' Voor mensen zonder een verstandelijke beperking geldt bovenstaande, maar voor mensen met deze beperking helemaal. Het onder meer maken van weloverwogen keuzes die leiden tot het loskomen van een verslaving is moeilijk voor mensen met een verstandelijke beperking.

'Het is dan namelijk nodig dat je jezelf kunt aansturen en mensen met een verstandelijke beperking kunnen dat minder goed', aldus Kiewik. Wat kun je wel doen? Kiewik legt dat uit aan de hand van verschillende stappen die iemand moet nemen om van zijn verslaving af te komen. Ondersteuning is daarbij hard nodig. Van het begin tot het eind. 'Wees als begeleider de kauwgom op iemands schoenzool.'

Stappen

Globaal onderscheidt Kiewik een aantal stappen en aandachtspunten in het proces:

1. Signaleren van het gebruik en het bespreekbaar maken.

Niet door het te veroordelen, maar door de taal van degene te spreken die je voor je hebt: 'Wat vind je fijn aan het roken?'

- Haal middelen uit de taboesfeer en geef ruimte aan een open gesprek.

- Geef het gesprek de vorm van een luchtig babbeltje, voer het bijvoorbeeld tijdens de afwas.
- Laat een vertrouwd persoon het gesprek voeren.
- Gebruik concrete taal en sluit aan bij beleavingswereld: 'Wat voel je bij zo'n eerste shot?'
- Stel onbenullige vragen als: hoe werkt die waterpijp nu echt?

2. Gebruik motiverende gesprekstechnieken

Bij motiverende gespreksvoering is contact maken enorm belangrijk. Daarom werkt tevens de methodiek Triple C goed bij mensen met een LVB en middelenproblematiek. Het draait allemaal om de onvoorwaardelijke relatie tussen cliënt en begeleider.

3. Voer een open gesprek

- Volgens AA: met authentieke aandacht voor de persoon, dat wil zeggen met professionele nieuwsgierigheid en onvoorwaardelijke steun.



- Heb een respectvolle en ondersteunende houding, zonder vooroordelen of veroordelingen.
- Geef objectieve informatie over het middelengebruik.

4. Sluit aan bij de veranderingswens van de cliënt

- Denk mee over het middelengebruik. Probeer de aantrekkelijkheid van het gebruik te verminderen met objectieve informatie.
- Stel niet te hoge doelen.
- Bedenk dat mensen met een LVB soms impulsieve beslissingen nemen waar ze niet achter staan.
- Maak gebruik van wat de persoon zelf prettig vindt. Iemand vindt het misschien fijn om via een kalender aan te geven hoe lang hij al zonder sigaretten, drank, weed, etc. is.

5. Blijf de cliënt ondersteunen, ook als het minder goed gaat of juist al langere tijd goed gaat

- Hou in gedachten dat vallen en opstaan erbij hoort.

- Bedenk dat pas na ongeveer zes maanden niet gebruikt te hebben, het nieuw gedrag gaat worden.
- Blijf belonen.

6. Een terugval of uitglijder hoort erbij

- Dit gebeurt bijna altijd en kan heel demoraliserend zijn. Benadruk dat iemand al een lange periode niets heeft gebruikt in plaats van dat iemand terugvalt.
- Geef laagdrempelige ondersteuning: wie kan iemand bellen als hij weer dreigt te gaan gebruiken?

7. Reflecteer op eigen normen

Tot slot is het heel belangrijk hoe een begeleider zelf tegen verslaving aankijkt. Als je het normaal vindt om elk weekend een fles wijn open te trekken, denk jij anders over verslaving dan wanneer je helemaal niet drinkt. Reflecteer hierop, ook met je team.

*Wendy Fokker (GZ-psycholoog Stichting Prisma)
en Hanneke van Turnhout (sociaalpsychiatrische verpleegkundige Stichting Prisma)*

Bruggen bouwen op het kruispunt van VG en GGZ-zorg



Binnen de VG en GGZ wordt een toename gezien van sociaal kwetsbare mensen met een cognitieve beperking, bijkomende psychiatrische problematiek, verslavingsgedrag en systemische problematiek. De zorg voor deze doelgroep sluit vaak onvoldoende aan, waardoor ze tussen de wal en het schip vallen. Vanuit de visie van Prisma vraagt dit om samenwerking op het kruispunt van VG- en GGZ-zorg. Binnen Prisma zetten we als VG-instelling sinds een aantal jaren in op (door)ontwikkeling voor betere ondersteuning en behandeling voor deze doelgroep.

We geven graag inzicht in onze zoektocht naar juiste zorg en samenwerkingen en de behaalde resultaten tot nu toe.

1. Visie

Multidisciplinair behandelteam en ondersteunings-team, werken vanuit de piramide van passende zorg, outreachend en maatwerk in samenwerking met ketenpartners.

2. Werkwijze

Prisma staat voor passende zorg voor iedere cliënt. Bij voldoende of onvoldoende passende zorg zijn er direct interventies nodig, om een crisisopname (zo mogelijk) af te wenden. Vaak is op dat moment psychiatrie bovenliggend. De afgelopen jaren zijn er in- en externe werkprocessen ontwikkeld om directe interventies in te zetten op maat. Vanuit ervaringen binnen het werken op het kruispunt van VG en GGZ zorg hebben we ondervonden dat de volgende werkzame factoren van belang zijn om te komen tot adequate en passende zorg:

- Multidisciplinair: Alle expertise vertegenwoordigd voor voldoende VG en GGZ kennis.
- Begrijpen/anders kijken: We kijken naar de mens en zijn systeem in zijn geheel, vanuit hier proberen we gedrag en ondersteuningsvragen te opnieuw te begrijpen en passende interventies uit te zetten.
- Laagdrempelig: Goed bereikbaar, snel inzetbaar, korte lijnen, dichtbij op en afschalen waar nodig.
- In samenwerking: Van belang is altijd te zoeken naar samenwerking met cliënt en zijn systeem, om hen mee te nemen op voor hen passende manier in het proces.
- VG GGZ leefkader: elementen vanuit de VG, zoals warm leefkader, samenvoegen met GGZ therapie kader.
- Sociaal psychiatisch verpleegkundigen (SPV) toevoegen aan het multidisciplinair team voor meer expertise van psychiatische problematiek. De aanvullende functie van SPV is als bruggenbouwer binnen het werkproces van Prisma en in de relatie met de netwerkpartners binnen GGZ.

3. Kernwaarden

De belangrijke kernwaarden van het werken op het kruispunt van GGZ en VG zijn; transparantie, reflecteren en bijstellen, traumasensitief werken, warme zorg leveren, los van eigen waarden en normen, normaliseren, kijken naar de mens in zijn geheel.

4. Blik op de toekomst

Vanuit alle samenwerkingen de afgelopen jaren hebben we mooie resultaten behaald. Onze wensen voor de toekomst zouden zijn:

- We dromen van zorg, waarin we letterlijk onder een dak samenwerken met VG, GGZ en verslavingszorg. Waarin we zowel klinisch als outreachend kunnen werken.
- Voortzetting en uitbreiding van samenwerking in projecten en op casusniveau. Hierin willen we verder leren van elkaar.
- Zorg voor de mens, de indicatie of diagnose mag niet bepalend zijn voor waar je wel of niet mag zijn.



*Shanna Visser (orthopedagoog-generalist en behandelcoördinator
kliniek Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie)*

Bundeling van kennis, kunde en expertise

**CENTRUM VOOR VERSTANDELIJKE BEPERKING EN PSYCHIATRIE (GGZ DRENTHE)
IN SAMENWERKING MET INSTELLINGEN VOOR GEHANDICAPTENZORG**

Het Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie (CVBP) is in 2014 ontstaan vanuit het besef dat binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (VB) kennis en vaardigheden van psychische- en gedragsstoornissen onontbeerlijk is én andersom; dat binnen de zorg voor de geestelijke gezondheidszorg kennis en vaardigheden betreffende de VB noodzakelijk is.

Het CVBP is een samenwerking onder de vlag van GGZ Drenthe, in samenwerking met instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking: Vanboeijen, Cosis, de Trans en de Baalderborggroep. Hierdoor werd de kennis, kunde en expertise uit de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg gebundeld.

In het Tijdschrift voor Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten Jaargang 37 - nr. 2 juni 2019, schreef Erik Mulder (kinder- en jeugdpsychiater, manager behandelbeleid CVBP en directeur behandelbeleid bij GGZ Drenthe) een artikel over het CVBP. In dat artikel schetst hij een beeld hoe het CVBP de geestelijke gezondheidszorg voor mensen met een

verstandelijke beperking heeft vormgegeven en de visie die ontwikkeld is:

‘Wanneer iemand met een verstandelijke beperking psychische klachten krijgt, worden vaak heel andere competenties van het begeleidend team binnen een VB-setting verwacht, dan wanneer iemand goed functioneert. Dit leidt vaak tot wat men noemt moeilijk verstaanbaar gedrag bij de cliënt, onmacht bij begeleiding en team, en helaas al te vaak, soms na korte consultatie van een psychiater, tot het langdurig voorschrijven van psychotrope medicatie.

Gelukkig is er de afgelopen jaren veel ontwikkeling geweest rond aanpak, visie en bejegening binnen de VB-sector, zoals de ontwikkeling van methodieken als Heijboer, Vlaskamp en Triple C. De positieve invloed van deze benaderingen, hoewel niet altijd wetenschappelijk onderbouwd, moet niet worden onderschat. Werken volgens deze methoden geeft begeleiders en orthopedagogen handvatten om mensen met een VB als gelijkwaardig medemens te behandelen, met als gevolg het flink terugdringen van het vroeger al te beheersmatige woonklimaat in veel instellingen.



Helaas bieden deze begeleidingsmethodieken niet altijd een antwoord op psychische stoornissen en complexe vormen van probleemgedrag. Hiervoor is gedegen kennis van psychiatrie, psychotherapeutische behandelingen (zoals cognitieve gedragstherapie, traumabehandeling) en de aanpak van persoonlijkheidsproblematiek en autisme spectrum problematiek noodzakelijk. Binnen de GGZ ervaren behandelaren dan onmacht en onvermogen bij behandeling van cliënten met een lager verstandelijk vermogen. Behandelaren komen niet in gesprek met cliënten, cliënten komen niet opdagen bij afspraken en begrijpen de therapie niet. Tenslotte worden de behandelingen dan afgesloten, cliënten krijgen te horen dat ze niet geholpen kunnen worden binnen de GGZ en verdwijnen uit het zicht van de GGZ, terwijl hun problemen niet verdwijnen. Vooralsnog is het niet gelukt om deze kwetsbare groep medemensen de aandacht, begeleiding en behandeling te bieden die ze eigenlijk nodig hebben, met als gevolg onnodig leed, disfunctioneren en waarschijnlijk een te groot beroep op crisisvoorzieningen.'

Het volledige artikel leest u [hier](#).

Het CVBP richt zich op klachten en hulpvragen bij de doelgroep met een verstandelijke beperking (zoals de DSM-V deze omschrijft) met daarbij komende psychiatrische problematiek, en ook verslavingsproblematiek en/of sociaalmaatschappelijke problemen en/of gezondheidsproblemen: syndromen/genetische afwijkingen, of juist vermoedens hiervan.

Het CVBP biedt een combinatie van VB en psychiatrie benadering binnen een polikliniek en een kliniek. De polikliniek richt zich op de zorg voor en behandeling van kinderen, jeugdigen en volwassenen en hun systeem. De kliniek kent drie behandelafdelingen en één crisisafdeling die klinische zorg en behandeling biedt aan volwassenen en hun systeem

Op het CVBP wordt een geïntegreerde behandeling bij personen met een verstandelijke beperking en psychiatrie (dubbeldiagnose) geboden. Hierbij wordt te allen tijde de behandeling afgestemd op het adaptief, emotioneel en cognitief ontwikkelingsniveau van de persoon. Er is aandacht voor een contextuele behandeling waarbij het betrekken van het systeem en de generalisatie naar de betekenisvolle context van thuis erg belangrijk is.

*Annemieke Hoogstad (GZ-psycholoog Amerpoort) en
Astrid de Wit (orthopedagoog Sherpa)*

PTSS bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking

Namens Amerpoort doet Annemieke Hoogstad, GZ-psycholoog, onderzoek naar de diagnostiek en behandeling van Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) bij mensen met een ernstige tot matige verstandelijke beperking (E-MVB). Het onderzoek wordt gedaan in samenwerking met dr. Liesbeth Mevissen, werkzaam vanuit haar eigen praktijk en als onderzoeker verbonden aan het Kenniscentrum van Trajectum en Prof. dr. Robert Didden van de Radboud Universiteit en Trajectum.

Risicofactoren

Mensen met een verstandelijke beperking hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van PTSS. Zij maken, vergeleken met de algemene populatie, meer potentieel traumatische gebeurtenissen mee zoals interpersoonlijk geweld of seksueel misbruik. Ook de verstandelijke beperking op zichzelf is een risicofactor voor het ontwikkelen van een PTSS vanwege moeite met betekenisverlening en de verminderde adaptieve vaardigheden die gepaard gaan met de beperking. Tenslotte hebben mensen met een verstandelijke beperking vaak een beperkt netwerk en krijgen zij minder sociale steun in het omgaan met dergelijke levensgebeurtenissen.

Onderzoek en diagnostiek

Er is inmiddels veel onderzoek gedaan naar diagnostiek en behandeling van PTSS bij mensen met een lichte verstandelijke beperking of met een moeilijk

lerend niveau (IQ 50-85). Zo is in Nederland bijvoorbeeld de DITS-LVB (Mevissen, Didden & De Jongh, 2018) ontwikkeld en is onlangs door de academische werkplaats Kajak een [handreiking](#) rond trauma bij de LVB-doelgroep uitgebracht. Wat betreft de diagnostiek en behandeling van PTSS bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking (EVB) (IQ 20-35, ontwikkelingsleeftijd 2-4 jaar) is echter nog heel weinig bekend. Zo bleek bijvoorbeeld in een recent review naar trauma bij mensen met een verstandelijke beperking (McNally, Taggart & Shevlin, 2021) dat er van de gevonden 41 studies slechts zeven studies mensen met een EVB hadden meegenomen.

Herkennen van symptomen

Diagnostiek bij mensen met een EVB wordt bemoeilijkt doordat PTSS-symptomen lastig te herkennen zijn. Net als kinderen met een vergelijkbaar cognitief ontwikkelingsniveau,



uiten PTSS-symptomen zich bij hen waarschijnlijk in (problematisch) gedrag. Zo kan het zijn dat PTSS-symptomen worden gezien als op zichzelf staand probleemgedrag, terwijl woedeaanvallen, zelf-destructief gedrag en agressie ook een symptoom van PTSS kunnen zijn. Nu is probleemgedrag zoals zelfverwonding, stereotiep en agressief gedrag, in de praktijk vaak sowieso al moeilijk te begrijpen en het is bij deze doelgroep de grootste reden tot het zoeken van hulp. Het zou dan ook helpend zijn om waar nodig gedragsproblemen voortkomend uit PTSS beter te herkennen.

Traumabehandeling

Momenteel is er echter geen valide en betrouwbaar diagnostisch middel om PTSS bij deze doelgroep in

kaart te brengen. En zelfs als PTSS-symptomen wel worden herkend bij deze verbaal zeer beperkte doelgroep, is het de vraag welke traumabehandeling kan worden ingezet. EMDR zou mogelijk passend kunnen zijn, gezien de bewezen positieve effecten bij normaal begaafde kinderen en de positieve bevindingen uit recent onderzoek naar de haalbaarheid en potentiële effectiviteit van EMDR bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Onderzoek naar de effectiviteit van de traumabehandeling bij mensen met EVB is nog beperkt tot casusbeschrijvingen. Meer kennis over diagnostiek en effectieve interventies is noodzakelijk.

Onderzoek van Amerpoort

Het onderzoek van Amerpoort richt zich daarom op zowel diagnostiek als behandeling van PTSS bij mensen met een E-MVB en bestaat uit twee delen. In het eerste deel is een bestaand trauma-interview (DITS-LVB) aangepast voor mensen met een E-MVB, de DITS-EVB (Mevisen, Hoogstad, De Jongh & Didden, 2021). Het tweede deel bestaat uit twee pilots waarin in de eerste pilot de DITS-EVB psychometrisch geëvalueerd wordt. In de tweede pilot worden de effecten van de EMDR-verhalen-methode bij volwassenen met een EVB onderzocht met een multiple baseline design. De studies worden mede mogelijk gemaakt door de EMDR Vereniging Nederland.

Wil je op de hoogte blijven van de studies? Geef je op voor de nieuwsbrief. Of maak een connectie met de hoofdonderzoeker Annemieke Hoogstad op LinkedIn.

*Wendy Fokker (GZ-psycholoog Stichting Prisma)
en Hanneke van Turnhout (sociaalpsychiatrische verpleegkundige Stichting Prisma)*

Angst- en stemmingsstoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking

Stemmings- en angststoornissen komen bij mensen met een verstandelijke beperking vaak voor. Het is ingewikkeld om deze psychische problemen te herkennen, omdat de cliënt vaak niet goed kan communiceren over wat hij/zij voelt en ervaart.

Gedragssignalen

Symptomen van stemmings- en angststoornissen zien we daarom vooral terug in gedragssignalen. Niet zelden ervaren we deze gedragssignalen als 'probleemgedrag'. Deze gedragssignalen zijn vaak heel algemeen, niet 'typisch' voor deze stoornissen: agressie, zelfverwonding, zich terugtrekken, eetproblemen, slaapproblemen, weigeren van deelname aan activiteiten, middelengebruik.



Werkhypothese

Diagnostiek van psychische problemen is daarom per definitie ingewikkeld en omgeven met onzekerheden. We spreken daarom ook liever van een 'werkhypothese' dan van een 'diagnose'. De cliënt is voor herkenning van psychische problemen afhankelijk van de betrokkenen: wie signaleert dat het gedrag van de cliënt verandert, of veranderd is, en hoe worden deze veranderingen geïnterpreteerd? Aangezien de gedragssignalen van een stemmings- of angststoornis zo atypisch zijn, is het onvoldoende om de symptomen alleen maar te vergelijken met bestaande classificatiesystemen, zoals de DSM 5. Bij mensen met een verstandelijke beperking is het veel zinvoller om het gedrag van de cliënt te vergelijken met het gedrag dat de cliënt eerder in zijn/haar leven liet zien: wat doet de cliënt nu, wat we eerder niet bij hem herkende? Of wat laat de cliënt nu niet meer zien, waar ze eerder juist heel actief was? En hoe lang zijn die veranderingen al gaande?

Veranderende symptomen

Deze verschillen kunnen, wanneer gecombineerd met de classificatiesystemen, of diagnostische vragenlijsten, richting geven in de diagnostiek. Hierbij is het van belang om specifiek te letten op veranderingen in affectieve, cognitieve en vitale symptomen (eten, slapen, gewicht), op de duur en het beloop van de gedragsveranderingen (zijn er schommelingen door de jaren heen, of is er juist een geleidelijke toename?), op de mate waarin ze het dagelijks functioneren belemmeren, en op de aanwezigheid van biologische, psychologische en sociale risicofactoren die de kans op het ontwikkelen van een stemmings- of angststoornis doen toenemen (een syndroom, life-events, communicatieproblemen, een beperkt steunend sociaal netwerk).

Oorzaak, gevolg of versterkende factor

Een classificatie of werkhypothese staat echter nooit op zich. Diagnostiek is breder dan dat: het is van belang om te begrijpen waarom deze cliënt op dit moment deze problemen ervaart. Stemmings- en angststoornissen kunnen een oorzaak zijn van gedragsveranderingen, maar ook een gevolg, of

'slechts' een versterkende factor. Het complete verhaal van de cliënt, een geïntegreerd diagnostisch beeld, is onmisbaar. Op basis van een breed diagnostisch beeld kan een keuze gemaakt worden voor passende interventies, die vooral de oorzaken aanpakken, en niet (alleen) de symptomen.

Behandeling

Behandeling van stemmings- en angststoornissen verloopt in principe via de gebruikelijke GGZ Richtlijnen, maar dienen in taal, tempo en bijvoorbeeld opbouw van psychofarmaca, aangepast te worden aan de persoon met de verstandelijke beperking.

Meer weten?

- Paul Koch: Geen gebrek (2005)
- CCE-website: Interviews Stemningsstoornissen & Leren van casussen
Ga naar youtube voor;
 - Interview met Gert-Jan Verberne over stemmingsstoornissen
 - Interview Gerda de Kuijper over stemmingsstoornissen
 - Interview met Carmen van Bussel over stemmingsstoornissen
- CCE: Kennismodule Stemningsstoornissen (2012)
- Ga naar Youtube voor:
10 tips: Wat kun je doen voor iemand met een depressie?
- A. Došen: Psychische stoornissen, probleemgedrag en verstandelijke beperking (2014)
- R. Didden et al: Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking (2016)
- J. Wieland et al: Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ (2017)
- GGZ Standaarden. Module 5: Zorg rondom psychische stoornissen ZB en LVB
- Thuisarts.nl: Mijn naaste heeft een verstandelijke beperking en psychische klachten

*Johan Engels (sociaal psychiatrisch verpleegkundige ORO) en
Jannie van der Doelen (sociaal psychiatrisch verpleegkundige GGZ Oost Brabant)*

Samenwerking ORO en GGZ Oost Brabant

Tijdens het congres bespraken Johan Engels en Jannie van der Doelen de samenwerking tussen ORO en GGZ Oost Brabant. Journalist Mariët Ebbinge schreef hierover onderstaand artikel voor Klik, Kenniscentrum verstandelijk gehandicaptenzorg. Klik bestaat 50 jaar in 2021 en organiseert een jubileumcongres op 1 oktober.

Zorgorganisaties ORO en GGZ Oost Brabant zijn de uitzondering op de regel dat de verstandelijk gehandicaptenzorg en de GGZ onvoldoende kennis en kunde met elkaar uitwisselen. De twee zorgorganisaties werken al meer dan 10 jaar samen.

Zo zijn er SPV-en (sociaal psychiatrisch verpleegkundigen) van GGZ Oost Brabant gedetacheerd bij ORO en andersom. En sinds maart dit jaar zitten ORO Behandeling & Expertise en GGZ Oost Brabant in één gebouw. Twee van die SPV-en, zijn Jannie van der Doelen (Van GGZ Oost Brabant naar ORO) en Johan Engels (Van ORO naar GGZ Oost Brabant). Zij doen zowel intakes bij ORO als bij GGZ Oost Brabant. Ook leggen ze huisbezoeken af bij ambulante cliënten. Dit betekent dat ze hun cliënten, zowel die van ORO als anderen, goed kennen. En de cliënten

van ORO hebben te maken met steeds weer dezelfde vertrouwde gezichten.

Voordelen

Ook voor de medewerkers van de beide organisaties levert de vergaande samenwerking voordelen op. De lijnen zijn kort. En er worden, eveneens door de SPV-en, scholingen georganiseerd waaraan medewerkers van beide organisaties kunnen meedoen. Een voorbeeld hiervan is een workshop over emotionele ontwikkeling in de psychiatrie of de Yucelmethodiek, die zowel in de GGZ als in de VG-zorg wordt toegepast. Dit bevordert de kennis over elkaars vakgebied. Ten slotte profiteren ook stagiaires van de opleiding tot GGZ-psycholoog van de samenwerking. Zij lopen een deel van hun stage bij GGZ Oost Brabant, een deel bij ORO. Het bevordert de holistische kijk op de persoon die ze voor hen hebben.



Lisa Behrendt, directeur zorg Helmond/Peelland van GGZ Oost Brabant en Eveline van Veghel, sectormanager behandeling & expertise bij ORO zijn beiden enthousiast over de samenwerking en kijken met vertrouwen naar de toekomst. Eerder verscheen dit artikel over de samenwerking op vgn.nl.

Beeldvorming

ORO en GGZ Oost Brabant leren veel van elkaar. 'Er is bijvoorbeeld gebleken dat bepaalde vaktherapeuten van ORO een psychomotorische behandeling kunnen geven. Dat wisten wij bij GGZ Oost Brabant niet.' De beelden die ze van elkaar hadden, hebben ze moeten bijstellen. De VG-zorg houdt zich niet bezig met 'pappen en nathouden', zoals soms in de GGZ wel eens wordt gedacht. Door een andere bejegening, bijvoorbeeld met als doel overbevraging terug te dringen, kun je bij een cliënt soms een psychiatrische behandeling voorkomen. En ook de kennis van GGZ kan van meerwaarde zijn voor de VG-zorg. 'Het idee dat ze bij de GGZ alleen pillen geven of dat je er wordt opgenomen in een gekkenhuis kunnen we wegnemen. We kijken naar de hele

persoon: zijn verstandelijke beperking, emotionele ontwikkeling en psychische problemen.'

Casusoverleg

Door de samenwerking tussen ORO en GGZ Oost Brabant wordt de vraag waar iemand de best passende zorg kan krijgen, beter beantwoord. Is dat bij ORO met ondersteuning vanuit de GGZ? Of is een (tijdelijke) plek in een GGZ-omgeving beter voor de cliënt? 'Een belangrijke vernieuwing in de samenwerking van ORO en GGZ Oost Brabant is een standaard casusoverleg voor cliënten die zowel begeleiding vanuit de VG als GGZ-behandeling nodig hebben. Door de kennis structureel bij elkaar te voegen, krijgt de cliënt de meest optimale zorg op de plek waar hij thuis hoort.'

*Henri Koelewijn (orthopedagoog bij Amerpoort) en
Matthijs Heijstek (orthopedagoog-generalist en onderzoeker bij Zozijn en de Universiteit Utrecht)*

ARGOS: Handvatten voor het werken met cliënten met een hechtingsstoornis

Filmpje, deel 1: Moeder zit aan tafel met haar dochter. Dochter heeft een verstandelijke beperking en een hechtingsstoornis. Dochter kijkt een beetje stuurs en is stil. Moeder zegt: 'Wat is er? Is het een beetje druk in je hoofd?' Dochter maakt een hard geluid en begint te schreeuwen. Voor ons als kijker is het niet goed te verstaan, maar moeder zegt: 'Oh, dit gaat over volgende week. Dan ga je weer naar school en je maakt je zorgen over wie er dan nog meer zijn.' Eerst probeert moeder haar nog gerust te stellen door te zeggen dat het goed komt. Maar dat werkt niet goed, vanwege haar hechtingsstoornis is het voor haar dochter moeilijk om de ander zomaar te vertrouwen als die zegt dat het goed komt. Moeder pakt daarom een geplastificeerd overzicht waarop precies staat wie er allemaal volgende week op welke dag in de klas bij haar zullen zitten. Langzaam zakt de spanning en komt de dochter weer terug in het contact.



Met deze beelden begint de workshop over de methode ARGOS: handvatten voor begeleiders van mensen met een hechtingsstoornis en een verstandelijke beperking. Deze methode kan worden ingezet wanneer begeleiders, leerkrachten of ouders op zoek gaan naar handvatten hoe ze om moeten gaan met de dagelijks terugkerende stressmomenten.

Wat is een hechtingsstoornis?

Een hechtingsstoornis is een psychiatrische aandoening die diep ingrijpt in het bestaan en in de omgeving van een cliënt. In de klassieke opvatting van de DSM 5 zijn er twee typen hechtingsstoornis te onderscheiden: Een reactieve hechtingsstoornis en een ongeremde sociale contactleggingsstoornis. In de wat meer moderne benadering van de GGZ wordt hechtingsproblematiek meer gezien als een risicofactor voor het ontwikkelen van psychopathologie in de bredere zin. Daarnaast wordt vanuit transdiagnostisch perspectief meer gekeken naar de onderliggende processen om aanknopingspunten te vinden voor de behandeling. Voor een hechtingsstoornis zijn dit de problemen die er zijn met stressregulatie.

Wat is de methode ARGOS?

ARGOS is er voor teams van begeleiders of andere beroepsopvoeders die samen met hun cliënten dagelijks hun weg moeten vinden in dit spanningsveld.



Met de methode ARGOS doorloop je als team driestappen:

1. Herkennen van de hulpvraag achter het gedrag

In situaties waarin de stress van het team en de stress van de cliënt elkaar versterken, is de blik soms alleen nog maar gericht op de knelpunten. In de eerste stap ga je daarom als team op zoek naar de hulpvraag. Deze kan ontstaan in de volgende gebieden:

Angst: De cliënt heeft existentiële angst: alles en iedereen wordt ervaren als bedreiging.

Relaties: De cliënt gaat doorgaans alleen lichte, oppervlakkige contacten aan en ervaart diepere of affectieve relaties als bedreigend.

Geweten: De gewetensontwikkeling van de cliënt is niet op gang gekomen. De morele redenering van de cliënt is als volgt: Waar hij lust aan beleeft is goed, wat hem onlust geeft is kwaad.

Overlevingsgedrag: De cliënt vertoont 'survivors'-gedrag. Hij houdt zich staande door de wereld om zich heen constant onder controle te houden.

Stress: De cliënt heeft meer stress dan een gemiddelde andere cliënt en raakt dit minder makkelijk kwijt via de 'normale' weg van contact en geborgenheid

2. Begrijpen van de betekenis van het gedrag

In de tweede stap gaat het team op zoek naar de spanningsbronnen in de omgeving van de cliënt. Wat is de betekenis van het gedrag? Welke spanningsbronnen probeert hij te vermijden, of juist op te zoeken?

Spanning ontstaat bij mensen met een hechtingsstoornis vaak uit spanningsbronnen die afgeleid zijn van de vijf kernhulpvragen: prikkels, affecties, gezag en regels, controleverlies en het eigen lichaam.

3. Begeleidingshandvatten vinden bij het gedrag

Deze spanningsbronnen zijn vervolgens het aangrijpingspunt van het handvat wat het team gaat vormgeven in de derde stap. Het team gaat dus niet de spanningsbronnen weghalen, maar probeert deze hanteerbaar te maken.

Filmpje, deel 2: Moeder geeft na het bekijken van de beelden aan: 'Ik zag aan haar blik al dat er iets was. Daarna probeerde ze te bepalen dat ze niet naar school zou gaan en dat een ander kind dat ook niet mocht (stap 1, herkennen van de hulpvraag: overlevingsgedrag). Ik hoorde aan wat ze zei, dat ze vooral de grip kwijt was op hoe de klas er in deze coronatijd uit zou zien (stap 2, zoeken naar de spanningsbron, hier: controleverlies). Daarna haalde ik een geplastificeerd overzicht tevoorschijn waarop het allemaal officieel stond (stap 3, aanbieden van het handvat: iets concreets in handen geven waar controle op kan worden uitgeoefend). Deze moest op tafel blijven liggen van haar. Ze kon daarna weer verder.'

Meer weten?

In het gratis naslagwerk van de Methode ARGOS staan de handvatten per kernhulpvraag in een apart hoofdstuk uitgewerkt. Voor meer informatie over de methode ARGOS: www.argosmethode.nl.

Je kunt daar ook via het contactformulier vragen stellen of in contact komen met Henri Koelewijn en Matthijs Heijstek. In dit filmpje wordt de achtergrond van ARGOS uitgelegd.

Teunis van den Hazel (klinisch psycholoog en psychotherapeut Trajectum)

Pikzwarte gedachte, over suïcide en suïcidepreventie

Er gaat gelukkig veel aandacht uit naar het voorkomen van suïcide, het is onverdraaglijk dat mensen vanuit wanhoop en het niet meer zien van enig perspectief hun leven beëindigen. Er is weinig bekend over wat de invloed van het hebben van een (lichte) verstandelijke beperking (LVB) op het risico op suïcide, op suïcidale gedachten en suïcidaal gedrag zou kunnen zijn.

Er zijn redenen om aan te nemen dat mensen met een LVB kwetsbaar zijn en een verhoogd risico op suïcide kennen, vanwege:

- Gedragskenmerken en beperkingen in het dagelijks functioneren die een LVB kenmerken, denk aan verminderde vermogens tot zelfreflectie, beperkte vermogens te communiceren over eigen gedachten en gevoelens (dus ook de mogelijk ervaren eenzaamheid en uitzichtloosheid), verminderde emotieregulatie vaardigheden en tekortschietende probleemoplossingsvaardigheden, een verhoogde impulsiviteit.
- Het frequent voorkomen van bijkomende psychiatrische problemen bij mensen met een LVB. Met name trauma gerelateerde en stemmingsstoornissen zijn van invloed op een hoger risico op suïcide.
- Het vaak betrokken zijn bij ervaringen in de levensgeschiedenis die risicoverhogend werken; denk aan verwaarlozing, mishandeling, misbruik en beperkingen/stoornissen bij (één van de) ouders.

Binnen Trajectum is onderzocht wat de factoren zouden kunnen zijn die mensen met een LVB verhoogd kwetsbaar maken voor suïcide.

Persoonsfactoren

Persoonsfactoren als een besef van eigen falen, het de ander niet tot last willen zijn, niet langer afhankelijk te willen zijn blijken een rol te spelen. Bijkomende psychiatrische problemen, met name trauma gerelateerde stoornissen, stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsproblematiek komen veelvuldig voor. Alsook impulsief gedrag (eerst doen, dan denken), een verminderd vermogen te overzien wat de mogelijke risico's van het eigen gedrag zouden kunnen zijn, automutilatie en externaliserende gedragsproblemen, met name agressie. Eerder vertoonde suïcidale uitingen en suïcidaal gedrag lijken een heel voorspellende factor te zijn, eerder vertoond gedrag blijkt wel een heel goede voorspeller voor toekomstig gedrag.

Factoren met betrekking tot levensgeschiedenis

Levensgeschiedenis: een aantal suïcides die uit het niets leken te komen bleken meer verklaarbaar nadat we inzoomden op de reeks aan verlieservaringen (voor de opname in de behandelkliniek), eerdere ervaringen met de dood en suïcide.

Factoren in de begeleidings- en behandelomgeving

Onderdiagnostiek en als gevolg hiervan onderbehandeling van met name trauma gerelateerde en stemmingsproblemen. Een gebrek aan continuïteit in het team van begeleiders en behandelaren, een angekondigde breuk of een daadwerkelijke breuk voor of na een overplaatsing vertonen een samenhang met suïcidaal gedrag. Een nadruk op het vasthouden van het gestructureerde dagprogramma en een hyperfocus op veiligheid lijkt de onveiligheid juist te vergroten.

Het gemis aan contact over ervaren eenzaamheid, het missen van aansluiting op de ervaren hopeloosheid, verlies aan verbondenheid, verlies aan betekenis en zin lijken risico verhogend te werken. Een suïcide in de directe omgeving blijkt bijzonder besmettelijk te zijn.

De risicofactoren voor een suïcide bij mensen met een LVB lijken inhoudelijk niet af te wijken van de risico's voor normaal begaafden. Er lijken meer risico's te zijn die kwetsbare mensen nog meer kwetsbaar maken. Er lijken meer risicovolle combinaties te zijn.

In begeleiding en behandeling die gericht is op het voorkomen van suïcidaal gedrag is zeer aan te bevelen aandacht te besteden aan:

- Zorgvuldige diagnostiek én behandeling van trauma gerelateerde-, stemmings- en impulscontrolestoornissen
- Het kennen van iemands ervaringen met verlies, dood en suïcide in zijn/haar levensgeschiedenis
- Het zorgvuldig bewaken van de continuïteit van de zorg, het voorkomen van overplaatsingen van cliënten in een zorgvuldige afweging met het noodzakelijke begeleidings- en/of beveiligingsniveau.
- Het bevorderen van de sensitiviteit, responsiviteit en durf van begeleiders en behandelaren. Het bevorderen dat zij naar de ervaren gevoelens van verdriet, eenzaamheid en hopeloosheid toe durven bewegen, stil te staan, te luisteren en stil te blijven. Te verdragen. Zonder oordeel, zonder advies, zonder in een actiestand te schieten.
- Het cliëntperspectief opnemen in de begeleidings- en behandelplannen in de vorm van veiligheidsplannen. Voorbeelden en modellen zijn vindbaar op de site van 113. Het is een methodiek naast de signaleringsplannen waarin nadrukkelijk de cliënt aan het woord mag zijn.

Hoe ga je om met mensen met een verstandelijke beperking die niet meer willen leven?

Trajectum ontwikkelde in 2017 vertelplaten die cliënten en begeleiders houvast geven in het begeleiden en behandelen van mensen met suïcidaal gedrag. Op de volgende twee pagina's staan ze afgebeeld

Trajectum **deelt** ze graag!

WANNEER JE VERMOEDT DAT EEN PERSOON NADENKT OVER HET LIEVER DOOD WILLEN ZIJN...

SMICIDE PREVENTIE,
ZIE DE RICHTLIJN OF
BEL: 0900-0113, OF
KUK OP: WWW.IIS.NL
(24 UUR PER DAG)

©TRAJECTUM 2017 / DESIGN: HOB AND GEL

trajectum



GEENSIN GEDRAG OVER 12 MAAT DE LAAT ZIE 1
DA HI GE ZIE LIEVER DOOD WIL ZIJN

WAT OP ZIE, PERSOON T WANTS I GUTT IS WANNEN
EEN AUTEUR DEN BEGELIJDDE ZIE WAT DEN DE
SCHAALN OPMERKT,
HET DE TAD KANST WIL KANST,
DIE DAD KANST,
DIE DAD KANST KANST EN GAN GANST,
DIE HET WIL KANST KANST KANST KANST KANST

WAT KANST... S WANNEN DE DAD KANST
KANST WIL KANST KANST KANST KANST KANST
KANST KANST KANST KANST KANST KANST

WAT KANST... S WANNEN DE DAD KANST
KANST WIL KANST KANST KANST KANST KANST
KANST KANST KANST KANST KANST KANST

DEES PLATSEET O IS KANST OM KANST
IS KANST WIL KANST KANST KANST KANST KANST
KANST KANST KANST KANST KANST KANST
KANST KANST KANST KANST KANST KANST
KANST KANST KANST KANST KANST KANST
KANST KANST KANST KANST KANST KANST

WANNEN DE DAD KANST
KANST WIL KANST KANST KANST KANST KANST
KANST KANST KANST KANST KANST KANST
KANST KANST KANST KANST KANST KANST
KANST KANST KANST KANST KANST KANST
KANST KANST KANST KANST KANST KANST

©TRAJECTUM OKTOBER 2017



GA OP JE INTUÏTIE AF, WELKE SIGNALLEN GEVEN
JE HET IPOE DAT DEE CLIENT MET DE DOOD
BEZIG IS.



PENK NIET DAT HET DELEN VAN GEDACHTEN
OVER DE DOOD DE DOOD DICHTERBY BRENGT
DE DOOD IS ER AL
EROVER PRATEN DOORBREEKT HET ALLEEN
ZIJN.



LUISTER, VANUIT RUST, ZONDER OORDEEL,
ZONDER ADVIES.



HOU CONTACT EN ZORG VOOR VEILIGHEID



KEN HET VERHAAL ROND VERLIES EN DOOD
IN DE FAMILIE.



MAAK EEN VEILIGHEIDSPAN MET DE
GEDRAGSWETENSCHAPPEL EN TEAMMANAGER.



DE DOOD DOET ALTIJD WAT MET JE. VEKTEL EROVER.

WANNEER JE NADENKT OVER HET LIEVER DOOD WILLEN ZIJN...

WANNEER JE NIEMAND
HEBT OM MEE TE PRATEN,
BEL: 0900-0113, OF
KUK OP: WWW.I13.NL
(24 UUR PER DAG)

©TRAJECTUM 2017 / DESIGN: HANNO GRIJL

trajectum



DEZE PLATINUSREIS IS BEDOELD OM EEN GEFEEK
TE KUNNEN LEBBEN OVER JE WANHOOP,
OVER JE WILNS LEBVEN, LOOP TE WILNS ZIJN.

WAT KAN JE HELPEN?

ERVAREN DAT JE ER NIET ALLEEN VOOR STAAT
ERVAREN DAT ER IEMAND IS DIE NAAR JOU EN
JE WANHOOP LUISTERT.

DE PLATEN BRENGEN JE MISSCHIEN OP IDSEEN.

WANT GOMS WOET JE NIET MEER, WAT JE
MOET DENKEN, WAT JE MOET ZEGGEN.
DE PLATEN KUNNEN JE HELPEN TE BEPIEKEN
WAT JE BETER WEL, OF JUUST NIET KUNT AOVN.

WANNEER JE MEER WILT WETEN OVER HCE JE
OM KUNT GAAN MET ZELFMOEDROEGEDACHTEN,
KUK DAN OP DE WEBSITE VAN WWW.I13.NL

© TRAJECTUM, OKTOBER 2017



DENKEN OVER DE DOOD IS NIET GEK.
HET LUKT JE PROBLEMEN OP TE LOSSEN.



WAT MAAKT DAT JE NU NIET
VERDER WILT LEVEN?



PRAAT MET IEMAND. JE KUNT JE
GEDACHTEN EN GEVOELENS DELEN.
PRATEN HELPT.



BLIJF UIT DE BUURT VAN DRANK OF DRUGS.
DRANK OF DRUGS LIJKEN EVEN TE HELPEN,
MAAR BRENGEN JE DAARNA IN GEVAAR.



JE BENT NU MISSCHIEN IN PANIEK.
PRAAT MET IEMAND. DENK SAMEN NA,
JE STAAT ER NIET ALLEEN VOOR.

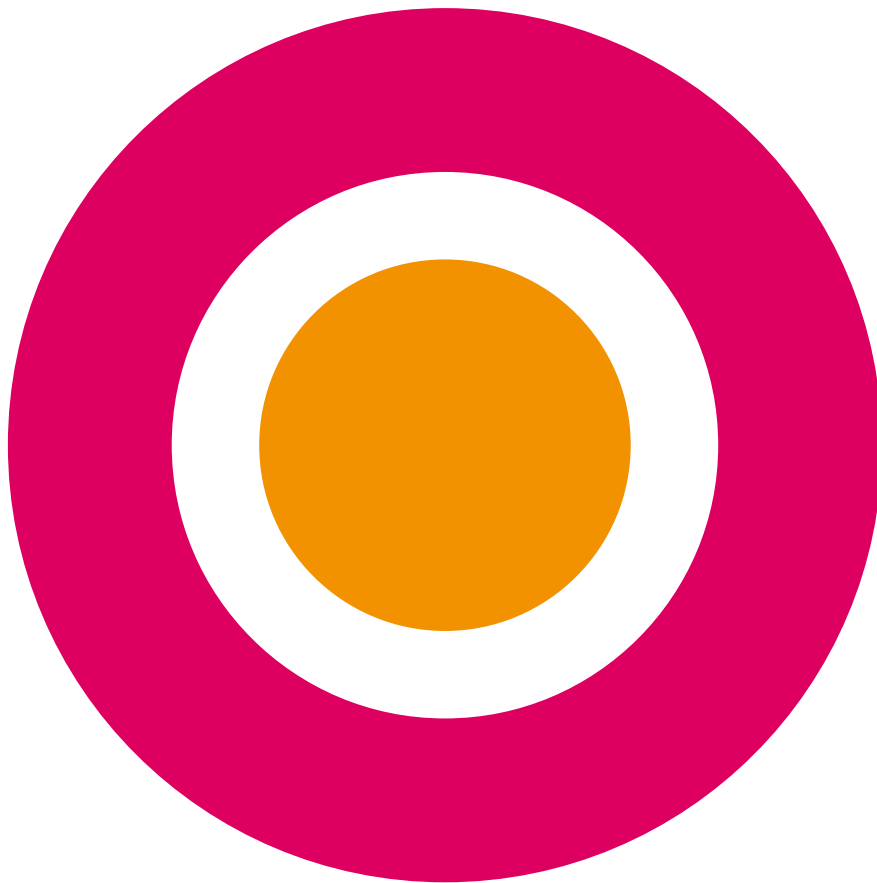


DOOD IS DOOD, JE KUNT NIET MEER TERUG



JE HEBT AL VEEL MEEGEMAAKT,
WAT HEEFT JE TOT NU TOE GEHOLPEN?

Psychose, of toch wat anders?



Psychoses. Het woord psychoses doet veel mensen al direct roepen dat het psychiatrisch is en dat daar de psychiatrie wat mee moet, bijvoorbeeld de cliënt elders opnemen of medicatie geven. Maar in de praktijk van de gehandicaptenzorg, blijkt dat het niet altijd juist is om vanuit dat gegeven te handelen. Uiteraard zijn er gevallen waarbij het daadwerkelijk om een psychose gaat, maar vaak, en dan met name bij mensen met een lager niveau, zie ik dat toch vaak anders. In deze lezing ga ik wat dieper in op verschillende zienswijzen, waarbij ik veel nadruk probeer te leggen op het zien van de basisproblematiek in plaats van naar de symptomen te kijken en die dan psychiatrisch te benoemen (het zogenoemd descriptief diagnosticeren).

Symptomen

Bij psychoses horen verschillende symptomen, maar moet je ook aan bepaalde criteria voldoen om de diagnose psychose te stellen. Zo komen wanen en hallucinaties voor naast chaotisch gedrag, maar moet (om het een psychose te mogen noemen) er ook sprake zijn van een duur van minstens een dag aan een stuk door (voor de kortdurende psychotische stoornis). Dus als iemand bijvoorbeeld een kwartier symptomen laat zien die doen denken aan een psychose, is dat zeer waarschijnlijk niet te verklaren als een psychose.

Verklaringen

In mijn bijdrage benoem ik een aantal verklaringen van psychotisch-aandoende verschijnselen, zonder ze als zodanig te diagnosticeren. Zo speelt er bij veel bewoners het fenomeen ik-zwakke, waarbij de persoon de grenzen van fantasie, wens en werkelijkheid erg slecht kan afgrenzen. Hierdoor wordt fantasie snel als werkelijkheid ervaren en een gedachte als bijvoorbeeld een stem.

In de psychologie noemt men dit het afgrenzen van je ik, je geweten of superego en je driften. Daardoor kan iemand werkelijk ervaren dat er dingen gebeuren zonder dat dit zo is, maar wat ook niet verklaard kan worden als psychose. Verder komen bij autismespectrumstoornissen (ASS) ook vaker psychotisch aandoende symptomen voor (naast andere psychiatrische verschijnselen). Bij traumatisering komen ook vaker (rand)psychotische verschijnselen voor, die mede door co-morbide ik-zwakke te verklaren zijn. Zo kan iemand bijvoorbeeld herbelevingen hebben en die niet herkennen als een herbeleving, maar als realiteit. Ook bij hechting, persoonlijkheidsproblematiek en laag sociaal emotioneel functioneren komt ik-zwakke vaak voor.

Bijwerkingen

Het foutief interpreteren van psychotische symptomen, dus iets zien als een psychose terwijl er een ander probleem onderligt, kan allerlei problemen opleveren. Zo zien we dat er vaak om medicatie gevraagd wordt, terwijl er bij een andere verklaring bij voorkeur een andere aanpak gekozen wordt, omdat dat een beter en langer durend effect

geeft en ook geen zware bijwerkingen geeft. Typisch probleem is dat binnen de VB (bij te veel descriptief diagnosticeren) er vele diagnoses gesteld worden door de loop der jaren heen, terwijl geen van de behandelingen (medicatie) langdurend oplossingen geeft. Naast de stapel diagnoses, verzamelt zo iemand vaak dezelfde stapel medicatie met een grote schare aan bijwerkingen die fysiek soms desastreus kunnen uitpakken.

Benaderingswijzen

Bij andere verklaringen horen andere benaderingswijzen, waarbij psychiatrische medicatie vaak geen rol of slechts een kleine rol speelt. Ga uit van de gepersonaliseerde diagnose en geef uitleg aan iedereen die erbij betrokken is. Speelt er een psychose, zonder andere verklaringen, dan is het belangrijk om wel antipsychotica te starten (we beginnen binnen de VB wel vaak met een lagere dosis, naast omgangsadviezen zoals lage EE. Lage Expressed Emotion, daarmee wordt bedoeld: een rustige en emotioneel neutrale, wat zakelijke omgang met weinig nabijheid.

Bij ASS, is het belangrijk om een ASS-benadering neer te zetten, die afgestemd is op de persoonlijke kenmerken en soms een lage dosis antipsychotica om de prikkelverwerkingsproblemen te ondersteunen. Bij psychotische kenmerken verklarend vanuit hechting, PTSS en/of persoonlijkheid gaat het vooral om een goed gepaste bejegening en soms juist achterover te leunen. 'Het is niet altijd dat, wat het lijkt te zijn.'

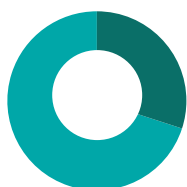
Ankie Lempens (senior projectmedewerker) en Michel Planije (wetenschappelijk medewerker) beiden werkzaam bij Zorg & Participatie Trimbos

Verbetering van de kennisinfrastructuur in de zorg voor mensen met psychiatrische problematiek die verblijven in een VG-instelling

In opdracht van het ministerie van VWS voert het Trimbos-instituut een onderzoek uit naar verbetermogelijkheden van de kennisinfrastructuur tussen verstandelijk gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Enkele highlights uit de survey onder 86 VG-woonvestigingen en interviews met professionals bij drie VG-instellingen.

30% van de bewoners kampt met psychiatrische problematiek

Volgens de responderende instellingen kampt ongeveer 30% van hun bewoners met psychiatrische problematiek. In 45% van de gevallen gaat het om een vastgestelde diagnose en bij 55% om 'een vermoeden van' psychiatrische problematiek. Volgens ruim de helft van de responderende instellingen nam het aandeel bewoners met psychiatrische problematiek in de afgelopen vijf jaar toe.



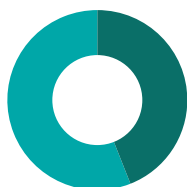
30% van de bewoners kampt met psychiatrische problematiek



45% met vastgestelde diagnose
55% met vermoeden van psychiatrische problematiek

Overplaatsingen en kennis lacunes

Bij 44% van de instellingen worden jaarlijks bewoners met psychiatrische problemen overgeplaatst, omdat 'het zorgaanbod niet passend' is. Redenen voor overplaatsingen zijn onder meer 'gedragsproblematiek', het opvlammen van psychiatrische problematieken, en 'onvoldoende kennis en expertise van de mede-



Bij 44% van de instellingen worden mensen overgeplaatst met psychiatrische problemen

werkers'. Kennislacunes bestaan er vooral op het gebied van (vroeg)diagnostiek, farmacotherapie en hoe te handelen bij moeilijk verstaanbaar gedrag.

Samenwerking

Bijna alle instellingen werken - meestal naar tevredenheid - samen met andere sectoren. Er worden ook verbeterpunten genoemd. Uit de interviews blijkt dat de samenwerking tussen de VG en GGZ vaker incidenteel dan structureel is. Men weet elkaar niet altijd te vinden, en kennisdeling is vaak niet goed geborgd. Ook is de samenwerkingsbehoefte nog vaak eenzijdig vanuit de VG. Daarnaast spelen randvoorwaardelijke factoren een rol. De (financierings)schotten tussen de sectoren werken belemmerend, evenals het personeelstekort en de wachtlijsten in de GGZ. Bevorderende factoren die genoemd worden zijn 'korte lijnen' en (meer) bekendheid met elkaars kennis en kunde. Ook is meer begrip nodig over en van elkaars wereld en een open, respectvolle houding ten opzichte van het andere expertiseveld.

Ontmoeting

Uit de interviews komt sterk de wens van een meer gelijkwaardige samenwerking naar voren. Bevorderend hiervoor is als professionals uit de VG en GGZ elkaar echt ontmoeten en met elkaar samen werken. Multidisciplinair teamoverleg, gezamenlijke casuïstiekbespreking en uitwisseling van personeel kan hieraan bijdragen. Ook wordt de suggestie gedaan om al tijdens de beroepsopleidingen meer aandacht te besteden aan het gecombineerd voorkomen van verstandelijke beperkingen en psychiatrie.

Het onderzoek van het Trimbos-instituut loopt nog tot 2022. Er wordt onder meer actieonderzoek gedaan bij vernieuwende initiatieven. U kunt het rapport [hier](#) lezen.

Nawoord

Vol trots kijken we terug op het congres psychiatrie in de gehandicaptenzorg. Het was een inspirerende bijeenkomst met mooie, boeiende presentaties. Met dit e-magazine hebben we ook iets blijvends gemaakt. In het bijzonder voor de deelnemers van het congres, maar ook voor de groep mensen die helaas niet heeft kunnen deelnemen.

Het congres en dit e-magazine zijn beide tot stand gekomen met de medewerking van veel mensen die met passie bij dit onderwerp betrokken zijn en een bijdrage hebben geleverd. Daarvoor zijn wij iedereen zeer erkentelijk! Zij vinden het belangrijk dat dit thema (blijvend) aandacht verdient. Gezien de respons volledig terecht.

Onze dank gaat uit naar de voorbereidingscommissie van het congres: AnnePauline Cohen, Jolanda Douma, Petra Sterken, Martine Jansen, Talitha van den Heuvel en Elske Wendt.

Dank aan Klik, het maandblad voor medewerkers in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap, voor het beschikbaar stellen van enkele teksten.
Ook bijzonder veel dank aan al die mensen die een bijdrage hebben geleverd tijdens het congres, en aan dit e-magazine.

Dank aan Arno Willems, Rien Klarenbeek, Jeanet Nieuwenhuis, Erik Boot, Marijn van Straaten, Henri Koelewijn, Jacobine van der Bijl, Pieta van Dishoeck, Marleen Steeneken, Wendy Fokker, Hanneke van Turnhout, Marion Kiewik-de Vries, Carmen van Bussel, Matthijs Heijstek, Johan Engels, Jannie van der Doelen, Shanna Visser, Cindy Zandstra, Annemiek Hoogstad, Astrid de Wit, Teunis van den Hazel, Rens Evers, Ankie Lempens, Michel Planije, Lydia Spaan-Liefting, Laurenz Lokhorst, Albert van Esterik en Paul Willems.

*Jos Noordover,
senior beleidsadviseur VGN*

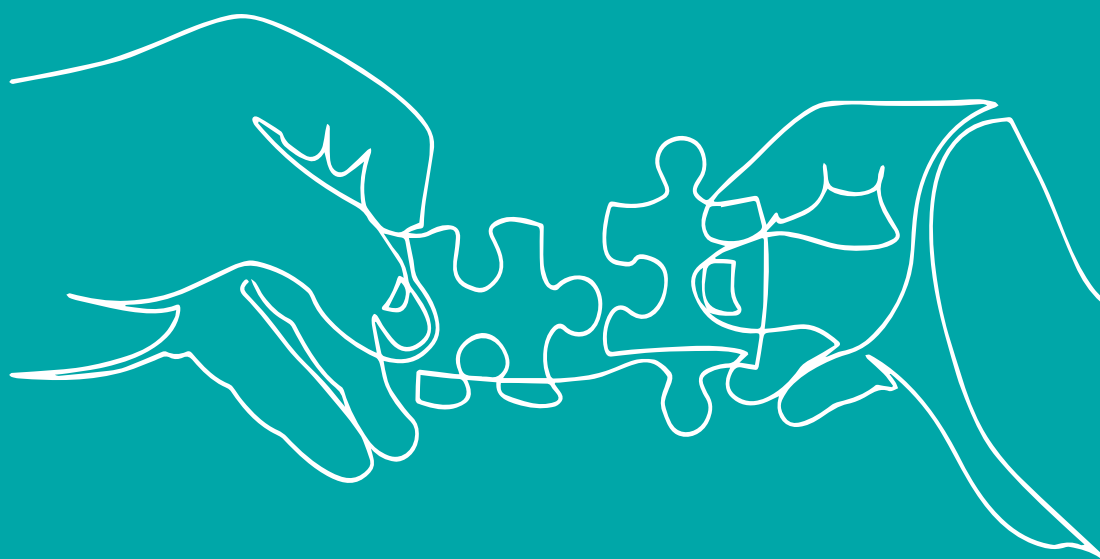
Colofon

Samenstelling
e-magazine: VGN

Ontwerp en vormgeving:
Mariël Lam



*We wensen u
veel inspiratie*



Amerpoort

de Borg 

 centrum voor
consultatie en
expertise

LANDELIJK
KENNISCENTRUM LVb 


's Heeren Loo

 Sherpa

 vgn vereniging
gehandicaptenzorg
nederland

